

## EXTROFIA DE VEJIGA: SU TRATAMIENTO

Por los Dres. PEDRO ESPERNE y ALBERTO J. CLARET

Un sinnúmero de tratamientos han sido intentados para solucionar los problemas de esta molesta afección, la cual, según las estadísticas, dejada a su evolución, termina por la infección ascendente o por la degeneración maligna de la vejiga. Algunos enfermos, no obstante, han llegado a la edad adulta y hasta a la maternidad, pese a la disminución moral que ella representa.

La bibliografía revisada sobre esta enfermedad, felizmente bastante rara (1 en 50.000 nacidos) demuestra la unificación de criterios terapéuticos, hacia la desviación cutánea de la orina y sobre todo intestinal, con diversas técnicas operatorias.

Los esfuerzos realizados para tratar la extrofia, no han sido, hasta la fecha, lo suficientemente satisfactorios. Los fracasos de las reparaciones plásticas, excepto el caso de Hugh H. Young, el cual trató una niña de 4 años, consiguiendo el ideal terapéutico en dos tiempos: la reparación vesical y la continencia urinaria, fortalecieron el criterio de la derivación, no obstante los inconvenientes que trae aparejada.

Con estas perspectivas poco halagüeñas, se intentó un tratamiento con mejor pronóstico que el de la derivación, animados por la colaboración entre el urólogo y el cirujano plástico general y la gran ayuda que representan hoy en día los antibióticos.

De no obtener los resultados esperados, siempre quedaba, como último recurso, la ureteroenteroanastomosis. Se consiguió efectuar la reparación vesical, no así la reconstrucción del epispadias, quedando éste para un segundo tiempo con el control de la micción.

Considerando que la ureteroenteroanastomosis no es el mejor tratamiento, por la invalidez que representa y por la infección ascendente, creemos, sin desconocer los resultados obtenidos por cirujanos extranjeros y argentinos, quienes han conseguido 20 a 40 años de supervivencia con este tipo de cirugía, que hoy se puede intentar con el auxilio de los antibióticos, la plástica de la vejiga, para dar a estos enfermos un porvenir más llevadero.

Traemos a consideración de esta Sociedad un caso de extrofia vesical completa efectuado en un tiempo según la técnica más adelante descripta.

*Caso clínico:* R. R. S., 7 años, argentino, estudiante. Ingresa el 19-8-51.

*Antec. hereditarios y personales:* Sin importancia.

*Enfermedad actual:* La madre relaciona la presencia de su anomalía con una caída que tuvo el niño al nacer, así como también su deambulación dificultosa.

*Estado actual:* Enfermo pálido, desnutrido, de menor talla que la que corresponde a la de su edad, tímido y sumamente sensible dificultando esto último su estudio.

El examen clínico general no presenta nada de particular, excepto a nivel del abdomen y genitales externos, donde se ve en el hipogastrio una zona rojiza, lustrosa, procidente, redondeada, de unos diez centímetros de diámetro aproximadamente, bien delimitada y con dos pequeños orificios en su parte inferior por los cuales sale rítmicamente orina. Esta zona se continúa a nivel del pene con la mucosa ureteral, donde se ve el verum montanum al desplegar el órgano que se encuentra sobre el hipogastrio.

El escroto vacío, tocándose ambos testículos superficialmente en las regiones inguino-abdominales correspondientes.

*A. comp. de orina:* Normal.

*Glucemia:* 0.98 grs. por mil.

*Wassermann:* Negat. y Kahn: negat.

*T. de coagu.* 3' y *sangría* 2'.

*Rad. simple de árbol urinario:* No se visualizan sombras anormales. la sínfisis pubiana tiene una separación de alrededor de 8 cms.

*Urograma:* Buena función y morfología bilateral. No se visualiza vejiga.

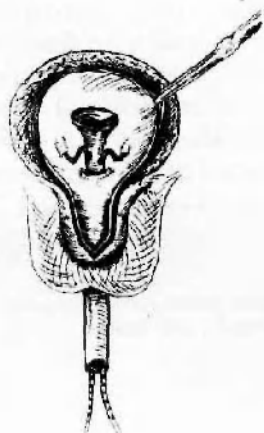


Figura 1

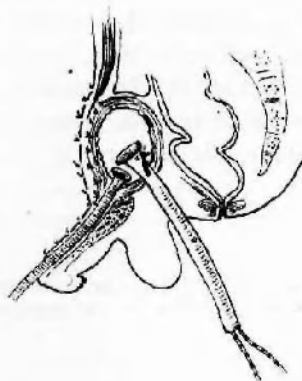


Figura 2

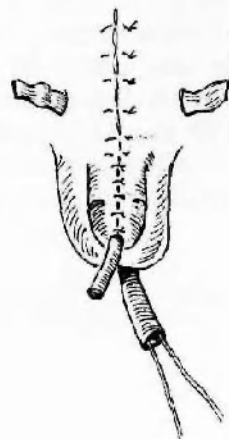


Figura 3

FIG. 1. — Sonda de Pezzer pasada por periné, ambos uréteres cateterizados, vejiga y uretra liberadas en toda su periferia.

FIG. 2. — Corte mediano mostrando sondas colocadas a reparación.

FIG. 3. — Vista de frente la operación terminada.

*Preoperatorio:* Régimen dietético, cftiazol por vía oral. Penicilina y Estreptomicina. enemas evacuantes.

23-10-51: Operación. Anestesia general por inhalación.

Se hace pasar un trocar del trigono vesical al periné, mediante ésta se coloca una sonda Pezzer, N° 14, a la cual se le ha sacado parte del pabellón y se cateterizan los uréteres, pasando los catéteres por el interior de la sonda. Liberación de la vejiga en toda su periferia, avivamiento de los bordes, hemostasia (Fig. 1). La liberación permite reducir y afrontar bien las paredes vesicales. Liberación del pene y de la futura uretra. En su interior se coloca para moldearla una sonda Pezzer N° 12. Se efectúan las suturas con catgut cromado N° 00. Puntos separados en tres planos: reparación del epispadias sobre la sonda con el mismo material. Se afrontan músculos y aponeurosis sin tracción, dejando dos pequeñas laminitas de goma, de drenaje. Celular al catgut, piel con algodón. Curación. Spika doble.

*Postoperatorio:* Sin incidentes. Penicilina mas estreptomicina.

27-10-51: Se retiran los catéteres que no funcionan.

30-10-51: Es atendido por la guardia por haberse tapado la sonda.

1-11-51: La sonda uretral se ha salido, el pene se encuentra entreabierto habiendo fallado la sutura.

211-51: Se retiran los puntos, cicatrización por primera, funciona bien el drenaje perineal.  
6-11-51: Alta, debe continuar sus curaciones en C. E.

Durante su asistencia en el consultorio externo, se cambia la sonda perineal mensualmente bajo anestesia general. El niño se moja poco, mejorando su estado general día a día. Se le aconseja colocar pasta de aluminio para defender su piel, la cual aún no demuestra lesión alguna.

En julio de 1952 no tolera más la sonda perineal ni hipogástrica, por lo cual queda sin drenaje.

10-7-52: Se interna nuevamente para completar su tratamiento. Sarampión por lo cual es dado de alta.

En mayo del 53 es visto nuevamente: concurre al colegio, donde sus relaciones y juegos con sus compañeros son normales, lo mismo que su psiquismo. Se le intenta colocar nuevamente sonda, pero la madre prefiere cambiarlo 4 ó 5 veces por día para evitarle las molestias del drenaje.

23-6-53: Rad. simple de árbol urinario.

#### RESUMEN

Fué tratado un niño de 7 años de edad, de acuerdo con Marion, que espera hasta alrededor de los 10 años, no haciéndolo, nunca prematuramente. Durante este período aconseja efectuar el cuidado de la piel y cuidar el normal desarrollo del niño. El resultado obtenido es bueno, esperando conseguir la continencia en una segunda operación. Invocando a Trendelenburg, quien después de 20 años de experiencia decía, que estos resultados, en uno de los capítulos más difíciles e interesantes de la cirugía plástica, deben ser mirados con intensa satisfacción.

#### DISCUSIÓN

*Sr. Presidente (Dr. Bernardi).* — Hubiera sido interesante hacer una urografía.  
*Dr. Claret.* — Se hizo la urografía; no se encontró ninguna anomalía.